

EI ESTADO DE GEORGIA
El Departamento de Asuntos de la Comunidad de Georgia
(Georgia Department of Community Affairs - DCA)

SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE

El personal de DCA quiere asegurar que sus servicios e instalaciones sean disponibles a todos. Sus solicitudes y recomendaciones son bienvenidas. Si usted sabe con antelación que necesitará servicios de adaptación, por favor complete este formulario de *Solicitud para adaptación razonable* y entréguela a un coordinador de la división (vea la lista adjunta con direcciones de correo electrónico y números de teléfono) o mándelo por correo electrónico a fairhousing@dca.ga.gov.

Si usted necesita ayuda con llenar este formulario, contacte al Coordinador de la División.

*Note: Algunos tipos de adaptaciones razonables (p. ej., lectores, intérpretes para lengua de señas, materiales preparados en braille o de otra forma alternativa) requieren aviso previo. **Las solicitudes para adaptaciones razonables serán evaluadas individualmente. Debe existir un nexo o una conexión entre su condición y la(s) adaptación(es) que usted solicite.***

Es posible que sea necesario que usted llene un formulario de *Documentación en apoyo del formulario de solicitud* y un *Volante de autorización de prueba médica restringida* para que el DCA pueda evaluar su(s) solicitud(es) para adaptación(es) razonable(s) adecuadamente. *Esta información, si sea necesaria, será guardada confidencialmente y solo será usada para evaluar su(s) solicitud(es) para adaptación.*

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono.: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Yo soy participante en el siguiente servicio/programa/actividad de DCA como un (marque todas respuestas que sean pertinentes):

Nombre del Programa _____

Otro (por favor especifique):

Yo estoy solicitando auxilio porque (por favor seleccione una o más de las siguientes opciones):

Estoy solicitando una adaptación que me permitirá participar en un programa o actividad ofrecida por DCA.

Estoy solicitando una excepción a la siguiente regla, política, o procedimiento. Por favor especifique las razones por la cual es necesaria la excepción y la excepción que usted solicita.

Ayuda o servicio auxiliar (por ejemplo, un intérprete de lengua de señas, la manera que DCA se comunica con usted)

Por favor especifique:

Describa el impedimento que exige la(s) adaptación(es) (especifique):

Describa la(s) adaptación(es) que usted solicita y explique como la(s) adaptación(es) serán eficaces.

¿Conoce usted cualquieras métodos alternativos que podrían efectivamente acomodar su impedimento?

Sí

No

Si contestó sí, especifique los métodos:

Haga una lista de todas las fechas y horas cuando usted necesitará la(s) adaptación(es) (especifique):

Por favor identifique cualquier recurso(s) potencial u otras sugerencias que el DCA pueda considerar en su respuesta a su solicitud para adaptación(es).

Solicito que toda la información que es pertinente a mi solicitud para adaptación:

Sea guardada confidencialmente

No sea confidencial

Fecha: _____

(Escriba nombre con letra de molde)

(Firma)

Análisis y Acción

El formulario de solicitud para adaptación razonable fue recibido del solicitante el _____ (fecha).

Si fue necesario, una solicitud para información adicional fue solicitada el _____ (fecha).

Si fue necesario, una solicitud para información adicional fue terminada y devuelta el _____ (fecha).

La adaptación solicitada fue concedida el _____ (fecha).

La adaptación solicitada fue negada el _____ (fecha) porque:

Otra acción fue tomada (explique) el _____ (fecha).

El solicitante fue notificado sobre la acción que fue tomada el _____ (fecha).

(Fecha)

(Firma del oficial de DCA)

EL ESTADO DE GEORGIA

**El Departamento de Asuntos de la Comunidad de Georgia
(Georgia Department of Community Affairs - DCA)**

SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE

Documentación en apoyo de la solicitud: Información sobre el profesional de atención sanitaria

Por favor conteste a las siguientes preguntas en relación con la condición de

_____ Individuo
según como su condición relaciona con su habilidad de participar en
_____ y con las adaptaciones posibles.

Programa

También hay un *Volante de autorización de prueba médica restringida* ajunto firmado por _____.

Individuo

Esta información es solicitada para que el DCA pueda evaluar adecuadamente la solicitud de este individuo para una adaptación para participar en

_____ Programa

¿Tiene el individuo una discapacidad mental o física que limita sustancialmente su habilidad de cumplir una gran actividad de vida? Si responde sí, describa la discapacidad y su impacto sobre las gran actividades de su vida. (Las gran actividades de vida incluyen, pero no son limitadas a, caminando, viendo, escuchando, hablando, respirando, aprendiendo, desempeñando tareas manuales, cuidando a sí mismo.)

¿Afecta la discapacidad la capacidad del individuo de participar en los requerimientos esenciales de elegibilidad para el programa? Si responde sí, por favor describa el impacto que la capacidad del individuo tiene en desempeñar actividades específicas.

¿Es la necesidad para la adaptación temporaria o permanente? ¿Si es temporaria, por cuanto tiempo estima que la adaptación será necesitada?

Nombre de profesional de atención sanitaria
(Por favor escriba con letra de molde)

Licencia profesional o especialidad

Firma

Fecha

EL ESTADO DE GEORGIA
El Departamento de Asuntos de la Comunidad de Georgia
(Georgia Department of Community Affairs - DCA)

SOLICITUD DE ADAPTACIÓN RAZONABLE

Documentación en apoyo de solicitud: Autorización

Yo por la presente autorizo a _____ a proveer la información médica que solicite el DCA. Esta información solo será usada para evaluar mi solicitud para adaptación razonable bajo la legislación de Americanos con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act*) y Sección 504 de la legislación de Rehabilitación de 1973 (*Rehabilitation Act of 1973*).

Nombre (Por favor escriba con letra en molde) _____
Número de teléfono/ dirección de correo electrónico

Firma

Fecha

[Adjunte la carta de presentación del DCA explicando la razón por cual se solicita información]